再同意を受ける医師が不明な場合は医師名がなくてもよい

様式の変更は行わない

**施術報告書**

　　　　　　　　　　　　　　医師　様

○　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

○　本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。

○　御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 患者生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 施術の内容・頻度施術の内容・頻度及び患者の状態・経過は必ず記載する。 |  |
| 患者の状態・経過 |  |
| 特記すべき事項 |  |

　　　年　　　月　　　日　　　施術所名

　　　　　　　　　　　　　　　住所

連携のため、医師が確認できるように施術者の連絡先を記載する。

　　　　　　　　　　　　　　　電話・ＦＡＸ番号

施術所にメールアドレスが無い

場合は、記入不要。

　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　施術者氏名

**施術報告書**

五十肩の例

　　　　　　　　　　　　　　医師　様

○　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

○　本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。

○　御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 患者生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 施術の内容・頻度 | 施術内容：右肩関節周囲の筋硬結を緩める目的で、同部位に鍼・灸施術を行っています。鍼は、使い捨てのステンレス製 長さ40mm、太さ0.18mmを使用し10mm程度刺入しています。灸は、もぐさを用い、火傷とならないように注意しています。治療頻度：今月は、１～２回/週です。 |
| 患者の状態・経過 | 右肩関節の痛みは、夜間については消失しましたが、右手で背中をかく動作の時に続いています。また、上衣の着替えでも痛みを伴っています。右三角筋部、上腕二頭筋部、棘下筋部に圧痛と硬結が認められることから施術を継続して参りたいと考えています |
| 特記すべき事項 |  |

　　　年　　　月　　　日　　　施術所名

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　電話・ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　施術者氏名

施術報告書記入上の注意

　１．施術報告書を交付する月に複数の施術者が施術を行った場合は、中心的に施術を

行った者が記載します。

２．医師向け文書なので、経穴、陰陽、補瀉などの東洋医学的用語は避け、現代医学用語で記載します。

３．保険による施術のため、「予防のため」という表現も避けましょう。

４．施術の内容・頻度欄

・　初めての報告書の場合には、どのような鍼を使用しているかも記載があると鍼施術をイメージしやすいと考えられます。（例：日本製の使い捨てステンレス製鍼　長さ　40ミリ、太さ0.18ミリを使用し　5-10ミリ程度刺入しています。）

　・患者さんの主訴と施術者からみた陽性または異常所見から行った施術内容を記載します。

　・頻度は、現在の状況を「治療頻度：週に○回」などと記載します。

　５．患者の状態・経過

　・同意（再同意）を頂いた後からの患者の状態の変化を記載します。残存している

症状などから、施術を継続して行うべき理由を述べ、「～のため、施術を継続して参りたいと考えております。」と施術者の考えを示し、判断は医師に委ねます。

６．特記すべき事項

・報告書通じて、医師に伝える必要がある場合に記載します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　30年9月27日

(公社)日本鍼灸師会　健保委員会